

平成■年■月■日

様

全国健康保険協会京都支部

接骨院(整骨院)での治療を受けられた方へ

この度、■様 が接骨院(整骨院)で受けられた治療内容について、下記のとおり保険請求がありました。

当支部では、柔道整復施術療養費の適正化への取り組みの一環として、制度の周知をかねて加入者の皆さまが接骨院等で治療を受けられた状況の確認を行っております。

つきましては、大変お手数ですが、別紙「受診状況回答書」にご記入・押印の上、下記期限までに同封の返信用封筒にてお送りいただきますよう、お願いいたします。

《 ご回答にあたってのお願い 》

- ・ご記憶の範囲で、治療を受けられたご本人様か、または小さなお子様等で記入が不可能な場合は、接骨院等へ一緒に行かれた方がご記入ください。

《 回答期限 》

平成■年■月■日(■) までにご回答いただきますようお願いいたします。

《 保険請求の内容 》

接骨院 (整骨院)名称	■接骨院		
受診月	平成■年■月	受診日数	■ 日間
治療費	■ 円 (うち自己負担額 ■ 円、 保険請求額 ■ 円)		

※ご質問の内容、記入のしかたなどについて、わからないことがありましたら、下記までご連絡ください。

※ご回答いただいた内容は、上記の柔道整復施術療養費の確認以外には使用しないことを申し添えます。

全国健康保険協会京都支部
業務グループ 給付3担当
電話 ■■■■■
(月～金 ■■■■■)

受診状況回答書

平成■■年■■月■■日(●) までにご回答をお願いいたします。

治療を受けた方の氏名	治療を受けた月	接骨院等の名称又は施術者氏名
■■■■■■	平成■■年■■月	■■■■接骨院

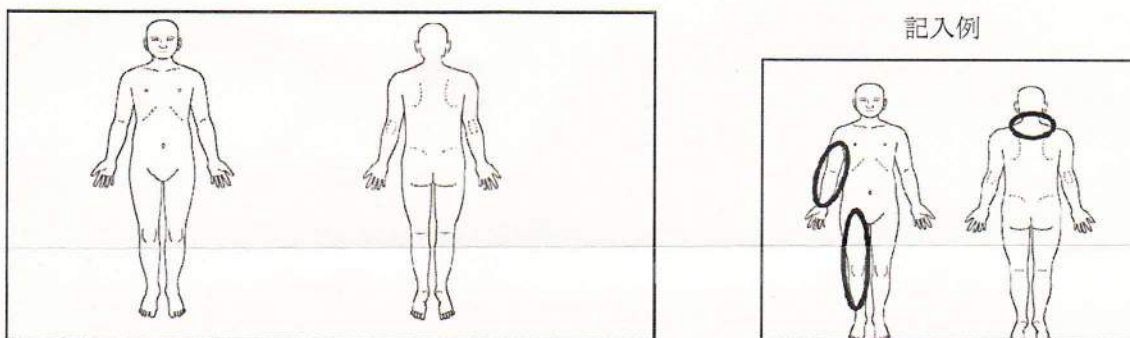
① 柔道整復師の治療を受けた理由に該当する番号を○で囲んでください。

1. けが（急性などの外傷性の捻挫・打撲・挫傷等）
2. 慢性疲労（腰痛・肩こり等）
3. その他（ ）

② 上記質問①で2.及び3.と回答された場合、柔道整復師より外傷性のけが以外の受診は健康保険適用とされない旨の説明はうけましたか。

1. 受けた
2. 受けていない

③ 下の図で柔道整復師の治療を受けた箇所に○をつけてください。(受けた箇所すべて)



④ 平成■■年■■月に治療を受けた日を○で囲んでください。

平成26年11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

→ 詳しい日がわからない場合・・・(月・週)()日ぐらい治療を受けた。

治療を受けた日数が月に15日を超える場合は、治療が多日数にわたっている理由をご記入ください。

→ []

平成■■年■■月以降も治療を受けている場合は、どのぐらいの頻度で治療を受けていますか？

→ (月・週)()日ぐらい

⑤ 接骨院等に支払った額を記入してください。(領収書等をご確認ください)

1カ月の支払額：()円 → 正確な額が分からない場合・・・おおよそ()円

ご協力ありがとうございました。質問は以上です。最後に、下記に**記名・捺印**をお願いいたします。

平成 年 月 日

氏名 (印)

電話番号 () -

受診者の自署の場合は、押印は不要です。

※多部位多日数の保険請求が続く場合は同様の確認を再度させていただきますので、ご了承ください。

※保険請求の内容と相違がある場合、改めて詳細な照会をさせていただくことがありますので、ご協力をお願いいたします。